

Educación Garantizada Plus

Cláusula Adicional: Invalidez Accidental

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado los porcentajes que se indican a continuación, sobre el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, si a consecuencia directa de un accidente, el Asegurado sufre lesiones que le provoquen algunas de las siguientes formas de invalidez:

Los porcentajes de indemnización serán:

1. El 100% por la pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos o ambas manos, o
- ambas piernas o ambos pies, o
- una mano y un pie

2. El 50% por la pérdida total de:

- la audición completa de ambos oídos, o
- un brazo, o
- una mano, o
- una pierna, o
- un pie o,
- la visión de un ojo en caso de que el Asegurado, ya hubiese tenido ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.

3. El 35% por la pérdida de la visión de un ojo en caso que no existiera ceguera total del otro, antes de contratar esta cláusula adicional.

4. El 25% por la pérdida total de la audición completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiese tenido sordera total del otro, antes de contratar este adicional.

5. El 20% por la pérdida total del pulgar derecho o izquierdo

6. El 15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo.

7. El 13% por la pérdida total de la audición completa de un oído

8. El 5% por la pérdida total de cualquiera de los otros dedos de la mano
9. El 3% por la pérdida total de un dedo del pie, orjejo.
10. La pérdida de cada falange, se calculará en forma proporcional en función de las falanges que tenga el dedo. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falanges perdidos.
11. El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplado precedentemente y que produzca al Asegurado una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo.

Lo anterior será evaluado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Ley N° 25897 y sus normas modificatorias y complementarias.

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital asegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de la invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta cláusula adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital asegurado por concepto de esta cláusula adicional.

La cobertura de esta cláusula adicional es incompatible con la Cláusula Adicional de Muerte Accidental, cuando ambas cláusulas adicionales cubran un mismo accidente. Por consiguiente, si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente cubierto por ambas cláusulas adicionales, las sumas que se paguen en virtud de la presente cláusula adicional, serán descontadas de las que corresponda pagar por concepto de la Cláusula Adicional de Muerte Accidental.

La suma pagada por esta cláusula adicional no afectará al capital asegurado de la Cláusula Adicional de Muerte Accidental en el caso de que el Asegurado falleciere a consecuencia de otro accidente posterior, todo ello siempre que dicha cláusula adicional haya sido incluida en la Póliza.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula se entiende por:

a) Accidente: Todo suceso súbito, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes

Médicos: Infartos del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

b) Pérdida Total: La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.

c) Pérdida Funcional Absoluta: La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.

d) Miembro: Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión tales como piernas y brazos.

e) Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

a) **El intento de suicidio, debido a que estos hechos no se encuentran dentro de la definición de accidente materia de cláusula adicional, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento; salvo que ya hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**

b) **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimentando, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**

c) **Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.**

d) **La práctica o desempeño de actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia. Se entenderá la realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o**

perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

e) Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por La Compañía. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza.

f) Los accidentes ocurridos bajo estado de embriaguez del Asegurado. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado haya tenido más de 0.5 g/lit de alcohol en la sangre o por los exámenes médicos que se practiquen al Asegurado, según corresponda, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el accidente.

g) Uso de drogas o estupefacientes o de tranquilizantes no prescritos médicamente, o si lo son, de un uso abusivo. Salvo que el asegurado haya sido sujeto pasivo.

h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país donde se encuentre.

i) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia o enfermedades de transmisión sexual.

j) Tratamiento médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal de la Póliza.

ARTÍCULO N° 4: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.

La Compañía cubrirá la invalidez que afecta al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el Artículo N° 3, literales c), d), e) y h) cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la compañía con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO N° 5: PERÍODO DE COBERTURA Y RENOVACION

El período de vigencia de esta cláusula será de un (1) año contado desde su inicio de vigencia, y a su vencimiento se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovar la misma con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento. La Compañía establecerá la prima de

acuerdo al Capital Asegurado y edad alcanzada para cada periodo de renovación. Si cambia el monto de la prima de renovación, este nuevo monto deberá ser informado por La Compañía al Contratante con cuarenta y cinco (45) días de anticipación del vencimiento. El Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso de silencio del Contratante se entenderá que aprueba la modificación.

ARTÍCULO N° 6: RESOLUCIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) El término del seguro principal por la causa que sea, producirá el término de la cobertura de esta cláusula.**
- b) Por rescate o transformación del seguro principal de la Póliza en seguro saldado o en seguro prorrogado, cuando estos derechos estén contemplado en éste.**
- c) Cuando el Asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional de invalidez que contemple exoneración de pago de primas o deducción mensual, o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.**
- d) Cuando el Asegurado haya percibido el 100% del beneficio previsto por esta cláusula adicional, integrando para la determinación de este porcentaje el pago de todo beneficio generado por una o más lesiones, a consecuencia de uno o varios accidentes ocurridos durante la vigencia de esta cláusula adicional y rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a este beneficio.**

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cláusula adicional, no dará derecho, en ningún caso a la indemnización por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTÍCULO N° 7: AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

El aviso del siniestro deberá ser comunicado por escrito en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Contratante o Beneficiario deberá proporcionar en los Centros de Atención al Cliente de La Compañía los siguientes documento: original o copia legalizada del Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, caso contrario se aplicará el procedimiento establecido en el Artículo N° 9; original o copia legalizada del acta de intervención policial y/o atestado policial (de ser el caso); original o copia legalizada de los resultados de dosajes etílicos y toxicológicos (de ser el caso); historia Clínica completa foliada y fedateada y copia simple del documento de identidad del Asegurado.

De requerir La Compañía aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta La Compañía, desde la presentación de todos los documentos detallados en la póliza, para consentir, aprobar o rechazar el siniestro, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información solicitada.

ARTÍCULO N° 8: BENEFICIO INDEMNIZABLE

El capital asegurado de esta cobertura, señalado en las Condiciones Particulares, será pagado al Asegurado de la siguiente manera:

a) Si la invalidez cubierta consiste en la separación completa, en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, el beneficio será pagado en una (01) sola cuota, dentro de los treinta (30) días de haber aceptada la procedencia de la cobertura por invalidez del Asegurado.

b) Si la invalidez cubierta consiste en un supuesto distinto al señalado en el literal a) el beneficio indemnizable, en virtud de la presente Póliza, será pagado al Asegurado dividido en tres cuotas anuales iguales. La primera cuota se pagará dentro de los 30 días de haber aceptada la procedencia de la cobertura por invalidez del Asegurado. Las dos otras cuotas serán abonadas a los aniversarios del pago de la primera cuota, siempre y cuando el Asegurado sigue invalido y con vida.

La Compañía podrá, a su propio costo, exigir una vez al año dentro de los noventa (90) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez que el asegurado se someta a los exámenes y pruebas indicados en el Artículo 8° para acreditar que la invalidez del Asegurado continúa.

Si por cualquier motivo el Asegurado dejase de presentar las pruebas solicitadas por la Compañía, se perderá el derecho a las cuotas de capital asegurado restantes, salvo que el Asegurado pruebe que se encontraba imposibilitado, por causa de fuerza mayor, de proporcionar las pruebas requeridas dentro del plazo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO N° 9: DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Para los casos de determinación de la Invalidez Total o Parcial y Permanente por Accidente en los que no se cuente con el Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP o COMEC o el Dictamen de Comisión Médica emitido por Essalud, La Compañía cuenta con los veinte (20) primeros días contados desde la presentación de la solicitud de la cobertura del siniestro con la documentación señalada en el Artículo N° 7 completa, para someter al Asegurado a exámenes médicos y pruebas necesarias a fin de determinar y verificar el grado de invalidez permanente por accidente que afecta al Asegurado y si dichas lesiones fueron originadas por un accidente cubierto.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen de La Compañía podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la comunicación de la determinación de La Compañía. El Asegurado deberá presentar una carta simple manifestando los fundamentos bajo los cuales se ampara la apelación y, de ser el caso, adjuntar los documentos que contribuyan a su apelación. En este caso, el grado de invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres (3) médicos cirujanos elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco (5) o más médicos propuestos por La Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un (1) año como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC).

La junta médica evaluará el grado de invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta Póliza y a las normas que regulan la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones conforme a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones aprobado mediante Decreto Supremo No. 054-97-EF y su Reglamento, así como las normas complementarias y modificatorias. El plazo para el pronunciamiento de la junta médica es de treinta (30) días. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

ARTICULO N° 10: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS Y COASEGUROS

No aplica

ARTICULO N° 11: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Se rige por las Condiciones Generales de la Póliza.